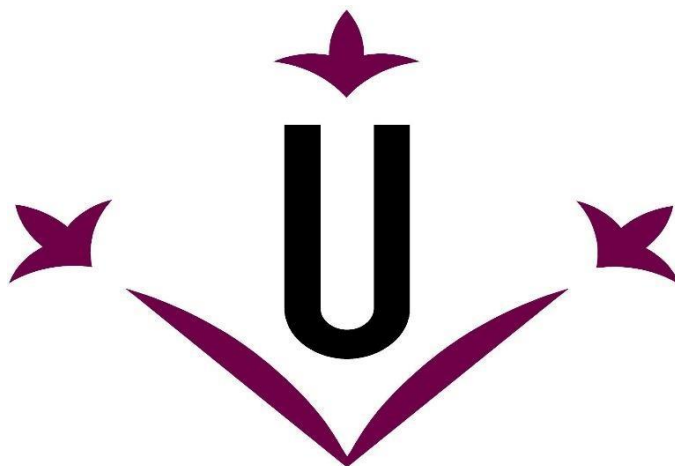


Universitat de Lleida



Abordaje comunicacional del adulto mayor institucionalizado con depresión

Por: Miguel Fernández González

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Grado de Fisioterapia

Trabajo presentado a: *Carles Casanova Gonzalvo*

Trabajo Final de Grado

Proyecto de investigación

Curso 2015-2016

15 de Junio de 2016

ÍNDICE

1. RESUMEN	4
2. ABSTRACT	5
3. INTRODUCCIÓN	6
3.1. El adulto mayor.....	6
3.1.1. Introducción.....	6
3.1.2. Concepción del anciano en el siglo XXI.....	6
3.1.3. Clasificación del adulto mayor.....	7
3.1.4. Comorbilidad en el adulto mayor	7
3.2. La depresión	9
3.2.1. Introducción.....	9
3.2.2. Clasificación y diagnóstico	9
3.2.3. Etiopatogenia.....	11
3.2.4. Etiología	11
3.2.5. Sintomatología.....	12
3.2.6. Factores de riesgo y prevención	13
3.2.7. Epidemiología	14
3.2.8. Clínica en el paciente geriátrico.....	15
3.3. El enfoque comunicativo	15
3.3.1. Introducción.....	15
3.3.2. Modelos comunicativos.....	16
3.3.3. Comunicación no verbal... ..	17
3.4. Justificación	17
4. HIPÓTESIS	18
5. OBJETIVOS	18
5.1. Objetivo general	18
5.2. Objetivos específicos	18
6. METODOLOGÍA.....	19

6.1. Diseño del estudio	19
6.2. Sujetos del estudio	20
6.3. Variables del estudio	22
6.4. Manejo de la información y recogida de datos	24
6.5. Generalización y aplicabilidad	25
6.6. Análisis estadístico.....	25
6.7. Plan de intervención.....	26
7. CALENDARIO PREVISTO	28
8. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS	31
9. PROBLEMAS ÉTICOS	32
10. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO	33
10.1. 1ª Fase. Planteamiento del estudio.....	33
10.2. 2ª Fase. Intervención.....	35
10.3. 3ª Fase. Procesamiento y análisis de los resultados	36
11. PRESUPUESTO	36
12. BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Previsión de la población española por edad y sexo

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de enfermedades crónicas en ancianos en España

Tabla 2. Fase de planteamiento y preparación del proyecto

Tabla 3. Fase de Intervención del proyecto

Tabla 4. Fase de recogida de datos y conclusión

Tabla 5. Presupuesto de Recursos Humanos

Tabla 6. Presupuesto de Recursos Materiales

Tabla 7. Presupuesto de la Infraestructura

Tabla 8. Presupuesto total

1. RESUMEN

Todo profesional sanitario ha experimentado en algún momento de su práctica clínica inseguridad o hasta incapacidad para tratar con determinados pacientes por su idiosincrasia o singularidad. Los adultos mayores con patología depresiva son sin duda parte de estos pacientes, cuyo manejo debe ser delicado y muy meditado. El propósito de este proyecto es profundizar en el correcto abordaje comunicacional de los pacientes geriátricos afectados de depresión.

Objetivos: determinar el enfoque comunicacional más apropiado para el abordaje del paciente geriátrico con patología depresiva.

Metodología: estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorizado, descriptivo, prospectivo y con simple ciego. La muestra constará de 250 sujetos, divididos en 3 grupos, un grupo al que se le aplicará un modelo comunicativo agresivo, otro pasivo y un tercer grupo control en el que se utilizará el modelo asertivo. Los sujetos deberán ser mayores de 65 años diagnosticados de depresión mayor y residentes en una institución geriátrica. La intervención tendrá una duración de 6 meses, durante los cuales se realizarán valoraciones bimensuales. Las variables serán evaluadas mediante las siguientes escalas: GDS (Global Deterioration Scale) para valorar el grado de deterioro cognitivo, SF-36 para valorar la calidad de vida y cuestionario ESTA (Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Antidepresivo). Finalmente, se realizará una tabla de consecución de objetivos por parte de los profesionales encargados de la intervención, quienes también llevarán el control de la asistencia para evaluar el grado de adherencia al tratamiento.

Palabras clave: adulto mayor, depresión, abordaje, geriatría, comunicación, afectividad.

2. ABSTRACT

Every health professional has experienced at some point of his clinical practice insecurity or even inability to treat patients with a certain idiosyncrasy or singularity. Older adults with depressive disorders are certainly part of these patients, whose management should be delicate and very thoughtful. The purpose of this project is to establish the correct communicational approach to geriatric patients suffering from depression.

Aim: to determine the most appropriated communicational approach for the management of older adults suffering from depressive pathology.

Methodology: randomized clinical trial study, descriptive, prospective with single-blind design. The sample will include 250 subjects, divided into 3 groups, a group with an aggressive communication model, another group with a passive communication model and a third control group in which the assertive model will be used. Subjects must be older than 65, diagnosed with major depression and residing in a geriatric institution. The intervention will last 6 months, during which bi-monthly evaluations will be conducted. The variables will be evaluated using the following scales: GDS (Global Deterioration Scale) to assess the degree of cognitive impairment, SF-36 to assess the quality of life and questionnaire ESTA (Evaluation of Antidepressant Treatment Satisfaction). Finally, a table of achieving objectives will be elaborated by the professionals who conduct the intervention, and who will also take control of the assistance to assess the degree of adherence to the treatment.

Key words: older adult, depression, approach, geriatrics, communication, affective.

3. INTRODUCCIÓN

3.1. El adulto mayor

3.1.1. Introducción

En las últimas décadas la pirámide poblacional en España está sufriendo un proceso de inversión, la población envejece y la natalidad no es lo bastante alta como para regenerar el tejido social tal y como lo conocemos.

De mantenerse las tendencias demográficas actuales, dentro de 50 años el porcentaje de población mayor de 65 años será más del doble (38,7%) que el actual (18,2%). Y la población total se reducirá en aproximadamente 5,6 millones de habitantes (Ver figura 1) ⁽¹⁾.

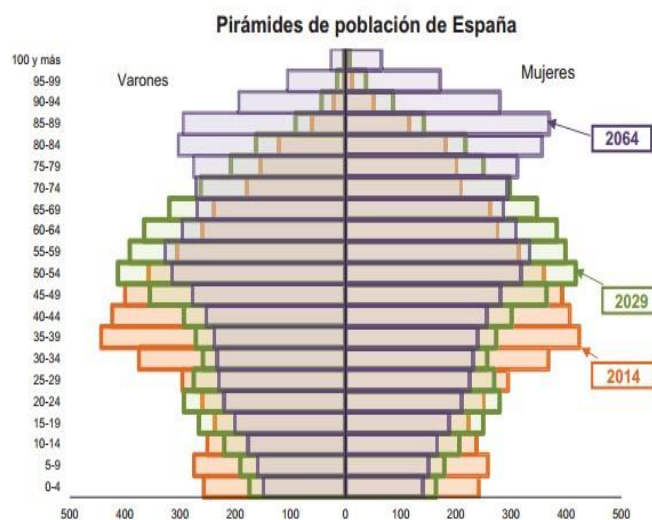


Figura 1. Previsión de la población española por edad y sexo

Las causas de este suceso son muchas y no es el objetivo de este trabajo adentrarse en ellas, aun así, es importante destacar que el colectivo envejecido es el que más demanda tendrá a nivel sanitario por las complicaciones propias de la vejez, y por ello, es vital realizar investigación en el abordaje del paciente anciano ⁽²⁾.

3.1.2. Concepción del anciano en el siglo XXI

Pese a los datos expuestos en el apartado anterior sobre la estadística previsiva y el inexorable avance hacia una sociedad más envejecida, no se debe ver como un problema de magnitudes desproporcionadas, puesto que tiene solución ⁽³⁾.

El envejecimiento a día de hoy se contempla como una etapa terminal y con una alta carga negativa, en la que la persona deja de ser productiva (en el contexto de la sociedad del consumo), y se convierte en una carga para la sociedad, consumiendo recursos sanitarios y sociales sin producir beneficio alguno ⁽³⁾.

En vez de lamentarnos por ello, debería satisfacernos el logro que supone llegar a edades tan avanzadas en condiciones de vida saludables (hecho impensable siglos atrás), e intentar propulsar políticas socio sanitarias dirigidas a mejorar la opinión pública acerca de este suceso y la viabilidad económica del mismo, ayudando a crear una nueva sociedad más longeva pero aún auto sostenible ⁽³⁾.

3.1.3. Clasificación del adulto mayor:

Para garantizar un correcto manejo, es imprescindible diferenciar la tipología de pacientes ancianos dentro del sistema sanitario ⁽⁴⁾:

-El anciano sano: de edad avanzada pero sin enfermedades objetivables. Sin un deterioro funcional o mental destacable, conserva su independencia y no precisa de recursos sanitarios ni sociales.

-El anciano enfermo: padece de un proceso agudo pero no suele presentar otras enfermedades importantes ni deterioro funcional o mental. Precisa de recursos sanitarios de atención primaria generalmente.

-El anciano de riesgo: de edad más avanzada, suele presentar enfermedades crónicas de base, generalmente compensadas (de manera que permiten la autonomía personal). Presentan un alto riesgo de deterioro funcional, síndrome confusional y desequilibrio social.

-Paciente geriátrico: presentan una o varias enfermedades crónicas de base no compensadas, deterioro funcional y dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Son la tipología de pacientes que más recursos socio sanitarios consumen, junto con los ancianos de riesgo por multiingresos. Estos últimos serán la población de referencia para el diseño de este estudio, por cuestiones metodológicas que se expondrán posteriormente ⁽⁴⁾.

3.1.4. Comorbilidad en el adulto mayor

El desafío más importante en el cuidado de la salud de los ancianos es la comorbilidad de varias enfermedades crónicas, la mayoría de ellas tratables pero incurables, que producen un declive funcional progresivo hasta que el organismo, debilitado por el transcurso de los años, claudica ⁽⁵⁾.

Es imprescindible, entonces, poner énfasis en la atención primaria de estos pacientes con enfermedades crónicas, y en su manejo desde un punto de vista multidisciplinario, con el fin de cubrir todas las necesidades posibles y no sólo tratar sino acompañar en el proceso final de vida, asegurando la máxima autonomía posible, con dignidad y un correcto confort y bienestar en esta última etapa ⁽⁵⁾.

Por último, es importante mencionar que en la interpretación de este proyecto se deberá tener en consideración la ya mencionada pluripatología característica del paciente geriátrico, que difícilmente será solamente depresivo sino que tendrá una vasta patología asociada tanto de carácter fisiológico como psicológico ⁽⁴⁾.

Para concluir este apartado, a continuación se expondrá una tabla con las principales patologías que afectan a los ancianos, tanto jóvenes como de edad más avanzada, con el fin de que se pueda apreciar el gran porcentaje de incidencia de patologías crónicas en este sector de edad ⁽⁴⁾.

Enfermedad crónica	De 65 a 74 años, %	De 75 o más años, %
Hipertensión arterial	50,65	53,89
Infarto de miocardio	6,49	8,87
Otras enfermedades del corazón	13,13	21,56
Varices en las piernas	23,36	21,68
Artrosis, artritis o reumatismo	51,04	56,00
Dolor de la espalda cronicocervical	30,70	28,04
Dolor de la espalda cronicolumbar	30,68	30,21
Alergia crónica	9,02	8,75
Asma	6,49	8,31
Bronquitis crónica	9,10	13,30
Diabetes	17,25	19,72
Úlcera del estómago o el duodeno	9,95	11,25
Incontinencia urinaria	9,30	16,72
Colesterol alto	34,30	25,56
Cataratas	20,52	39,64
Problemas crónicos de la piel	9,15	8,21
Estreñimiento crónico	9,50	14,94
Depresión, ansiedad u otros	21,07	20,97
Embolia	3,07	4,77
Migraña o dolor de la cabeza	12,31	11,61
Hemorroides	12,69	11,93
Tumores malignos	6,62	4,99
Osteoporosis	15,02	14,54
Anemia	6,96	9,96
Problemas de tiroides	5,93	5,63
Problemas de próstata	11,13	16,40

Tabla 1. Porcentaje de enfermedades crónicas en ancianos en España ⁽⁶⁾.

3.2. La depresión

3.2.1. Introducción

La depresión es uno de los principales problemas sanitarios a nivel de toda la población en general, con una prevalencia cada vez mayor y un coste económico para el sistema sanitario a la larga insostenible. Las nuevas tendencias y la conversión hacia una sociedad del consumo provocan que la obtención de la felicidad sea cada vez más difícil de alcanzar, dada la alta demanda económica que supone estar a la altura de los constantes lanzamientos de productos al mercado⁽⁷⁾.

A causa de ello, sumado a la concepción negativa actual del adulto mayor y de otros muchos factores, los trastornos depresivos en este sector poblacional (y otros) son cada vez más frecuentes y surge en la comunidad científica la necesidad de investigar sobre ellos, cómo prevenirlos y tratarlos⁽⁷⁾.

Entendemos la depresión como un trastorno que causa gran malestar, profunda tristeza y numerosas repercusiones socio familiares a todos los niveles (laboral, conyugal...) además de muchos otros síntomas que se explicarán posteriormente. Debe diferenciarse de la melancolía y tristeza pasajera debida a un acontecimiento puntual, así como de otros trastornos de la afectividad⁽⁸⁾.

3.2.2. Clasificación y diagnóstico

A continuación se realizará la clasificación y el diagnóstico de los trastornos depresivos según su sintomatología mediante el manual diagnóstico DSM-IV, y según su origen.

- Según la sintomatología^(8,9):
 - Trastorno depresivo mayor; estado de ánimo decaído la mayor parte del día, indicado por el propio sujeto o por la observación realizada por otros, o pérdida de interés y de la capacidad de sentir placer por casi todas las actividades realizadas. También puede cursar con pérdida o aumento repentino de peso, insomnio o hipersomnia frecuentes, agitación o enlentecimiento motores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa inapropiados, disminución de la capacidad cognitiva e ideaciones suicidas recurrentes.

Cabe mencionar que para hablar de depresión mayor se debe cumplir solamente 5 de los síntomas anteriormente mencionados, y deben tener una duración mayor a 2 meses o ser altamente incapacitantes a nivel funcional ⁽⁹⁾.

Del mismo modo, se debe tener en consideración en el momento de diferenciar la depresión de otras patologías o alteraciones del ánimo, si los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social en el paciente y cerciorarse de que no son debidos al consumo de alguna sustancia o de alguna enfermedad médica.

Dentro del trastorno depresivo mayor, distinguimos:

- Trastorno depresivo mayor, episodio único, si se ha sufrido solamente un episodio depresivo.
- Trastorno depresivo mayor recidivante, si se han padecido como mínimo 2 episodios depresivos ⁽⁹⁾.
- Trastorno distímico ⁽⁸⁾: pese a no ser la patología que nos interesa para el presente trabajo, también se encuadra dentro de los trastornos depresivos, por lo que se ofrecerá una breve explicación.

Los pacientes con trastorno distímico permanecen deprimidos durante años o décadas, sin que lleguen a mostrar ningún cambio significativo en su estado de ánimo, afectividad o cognición. Cursan con baja autoestima, se conciben a sí mismas como personas sufriendoras, tienen poco impulso e iniciativa por miedo al error y una disposición amarga con predominio de pensamientos negativos. Al tener tan poca carga sintomática, es un trastorno sumamente infra diagnosticado (se calcula que entre el 3 y el 5% de la población lo padece) ⁽¹⁰⁾.

- Según su origen⁽¹¹⁾:
 - Depresión endógena: es toda depresión caracterizada por una potente intervención genética, que cursa con una personalidad ciclotímica (esto es, que oscila frecuentemente entre la exaltación y el abatimiento) y un cuadro clínico intenso y completo.
 - Depresión situativa: toda depresión debida a un factor psicosocial adverso, sea este un acontecimiento traumático o una situación distresante.

- Depresión exógena o neurótica: aquella depresión que emerge de un conflicto intrapsíquico, normalmente ubicado en la infancia a causa de un suceso traumático en la familia o el centro escolar.
- Depresión somatógena: caracterizada por estar causada por una enfermedad física o por el efecto de un fármaco o droga.

3.2.3. Etiopatogenia

La depresión es uno de los mayores desafíos para la medicina moderna ya que por sus muchas peculiaridades y variaciones mucho se desconoce aún sobre el tema. Se distinguen 2 principales teorías explicativas de la depresión ^(11,12):

- La depresión como alteración de la neurotransmisión; la mayoría de autores afirman que el déficit, total o relativo, de la concentración de noradrenalina, serotonina y dopamina serían las posibles causas de la depresión. En estudios más recientes también se ha relacionado con la disminución de neurotransmisores como el GABA y la acetilcolina ^[5], la disminución del volumen del hipocampo, alteraciones en el ciclo vital neuronal y disminución de factores neurotróficos ⁽¹²⁾.
- La depresión como alteración del mecanismo neuroendocrino; ya que se ha detectado que algunos síntomas del trastorno depresivo sugieren una disfunción del hipotálamo, tales como los cambios de humor repentinos, la disminución de la libido y trastornos del sueño o del apetito. Un déficit de la hormona tiroidea T3 o de la hormona de crecimiento también se han visto relacionados con la aparición de depresión ⁽¹¹⁾.

3.2.4. Etiología

Pese a haber una gran discordancia entre diversas ramas de estudio sobre el tema; teorías biologicistas, psicodinámicas, cognitivo conductuales y otras, la mayoría de autores coinciden en que los principales factores que se relacionan con la aparición del trastorno depresivo son, entre muchos otros ⁽⁸⁾:

- La transmisión genética. El papel de la herencia en los trastornos afectivos es un fenómeno altamente estudiado en los últimos años.
Ya a mediados del siglo XX fue demostrado que la genética sí podía jugar un papel importante en la transmisión de la depresión, aunque no se podía tener la certeza ya que la mayor morbilidad agrupada en familiares podía deberse a factores ambientales ⁽⁸⁾.

Más recientemente, con los estudios realizados con gemelos monozigotos, muy útiles a la hora de verificar que en la etiología de una enfermedad prima la genética sobre el ambiente, se ha demostrado que existe un 65% de comorbilidad entre gemelos monozigotos, hecho que sí corroboraría la hipótesis genética⁽¹⁰⁾.

- La pre disponibilidad depresiva. Existe cierto porcentaje poblacional con un tipo de personalidad propenso a sufrir depresión, a causa de experiencias vitales traumáticas o de un apoyo social negativo.
- Antecedentes de experiencias infantiles adversas, a causa de conflictos en el entorno familiar o déficits afectivos.
- Los elementos corporales patológicos. Esto se traduce en una mala salud a causa de sobrepeso o patologías médicas, así como por los efectos causados por las drogas o fármacos.

Es preciso destacar que, dada la heterogeneidad de la etiología de la depresión, ningún factor de los anteriormente mencionados es imprescindible para su diagnóstico, ni su presencia tiene porque ser constante en el trascurso de la enfermedad⁽⁸⁾.

3.2.5. Sintomatología

Se dividirá en cuatro grandes grupos ^(8,12):

- La sintomatología afectiva; esto es, tristeza, pérdida de gusto por las cosas, ansiedad, miedo, acobardamiento, incomodidad general, malhumor, irritabilidad, anestesia sentimental, vacío interior, apatía e indiferencia por cosas que antes no sentía.
- La sintomatología del pensamiento y del lenguaje: enlentecimiento cognitivo, escasa productividad, dificultades de concentración, atención disminuida, pérdida de la memoria reciente, pesimismo, baja autoestima, desesperanza y delirios.
- La sintomatología de la conducta: llanto o deseo de llorar, agitación o inhibición, aislamiento y conductas antisociales.
- La sintomatología vegetativa: astenia, fatigabilidad, cefaleas, dolores musculares y articulares generalizados, estreñimiento o diarrea, gastralgia, pérdida de apetito o de peso, pérdida de la libido, impotencia, frigidez, sequedad de la boca y vértigos o mareos ^(8,12).

3.2.6. Factores de riesgo y prevención

Entre los factores de riesgo más importantes destacan ^(11, 13,14):

El sexo, con una prevalencia de 2:1 a favor de las mujeres en las edades comprendidas entre los 12 y los 55 años. Por encima y por debajo de ese intervalo de edad, las estadísticas se igualan. El comienzo del primer episodio depresivo también es similar en ambos sexos, no obstante, la mujer tiene mayor riesgo de cronicidad ⁽¹¹⁾.

Según Moreno, el riesgo de padecer un episodio depresivo también aumentaría con la edad, con un pico máximo para las mujeres entre los 45 y los 64 años, y 35 y 64 años para los hombres. Aun así, la depresión en el adulto mayor se ve agravada por otros factores, patologías y síndromes que causan comorbilidad, y desórdenes y limitaciones que aparecen en sus vidas, aunque se explicará con más detalle posteriormente, en el apartado 3.2.8.

En lo que se refiere al estado civil, se registran tasas más altas de depresión en las mujeres casadas que en las solteras, y en los hombres se produce el fenómeno a la inversa; los hombres solteros presentan mayores índices de depresión que los casados. En el caso de la distimia, las personas solteras son las que resultan más vulnerables, independientemente del sexo.

El factor económico y la ansiedad (conceptos a menudo muy relacionados) también han demostrado ser decisivos, estableciéndose una relación inversamente proporcional entre la prevalencia de la depresión y el nivel de riqueza ⁽¹¹⁾.

Otros factores de riesgo son; el lugar de residencia (algunos estudios afirman que en el medio urbano hay mayores tasas de depresión), las situaciones de duelo, vivir solo, la discapacidad física, el estado de salud, la obesidad (al menos un 70% pasan por un episodio depresivo a lo largo de su vida), un apoyo social insuficiente o pobre, el deterioro cognitivo, problemas de sueño y haber padecido episodios depresivos previos ^(13,14).

La prevención de la depresión se debe realizar:

- Mediante intervenciones generales; educación por la salud con estrategias comunitarias en programas escolares con el objetivo de promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y los adolescentes ⁽¹⁴⁾, y mejoras en cuanto a la política social y educación sanitaria.

- Mediante pautas personales; consejos para la superación del estrés agudo, para el afrontamiento y la evasión del estrés crónico y de relajación social y personal.

El ejercicio físico también reduce enormemente el riesgo de depresión, junto con un estilo de vida regular (control del sueño y de la ingesta de comida) ⁽¹³⁾.

3.2.7. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁴⁾ define la depresión cómo una enfermedad psiquiátrica muy frecuente que se calcula que afecta a aproximadamente 350 millones de personas en todo el mundo.

La misma organización asegura que actualmente es la primera causa de discapacidad a nivel mundial ⁽¹⁴⁾, entre otras cosas porque el grupo más proclive a padecerla (los ancianos), es cada vez más numeroso. Esto tendrá (y actualmente, tiene) grandes repercusiones en la economía, ya que si tenemos en cuenta el coste económico del diagnóstico, tratamiento farmacológico y psicológico y costes indirectos como el absentismo laboral supone un gran lastre para la economía ⁽¹⁰⁾.

Otros organismos, como la Organización para las Naciones Unidas (ONU), aseguran que a mediados de este siglo el número de personas mayores de 60 años superará el número de jóvenes, y que en 2030 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo ⁽¹³⁾.

En nuestro estado, en una muestra de 5.473 españoles mayores de 18 años, y mediante encuestas personales domiciliarias, se detectó que un 5,6% de las mujeres sufren al menos un episodio depresivo al año, que se reduce a un 2,1% en el caso de los hombres. La prevalencia total de los episodios depresivos mayores se sitúa en un 4% al año en la población general ⁽⁸⁾.

En lo que respecta al trastorno distímico, el porcentaje se reduce a 2,4% de mujeres que sufren distímia al año, y un 0,5% de hombres. La prevalencia total por año de la distímia se sitúa en un 1,5% ⁽⁸⁾.

Finalmente, es importante destacar que en la mayoría de la bibliografía consultada se muestra consenso en lo infra diagnosticados que se encuentran los trastornos de la afectividad y, especialmente la depresión, que será diagnosticada y tratada correctamente en tan solo un 17-25% de los casos ⁽¹⁰⁾.

3.2.8. Clínica en el paciente geriátrico

En el paciente anciano, a los problemas que ya de por sí conlleva una depresión se le debe sumar la presencia de patología comórbida, muy variada y frecuente en el paciente geriátrico, la carga que supone el propio proceso de envejecimiento y las consecuencias que este conlleva; pérdida de rol en el ambiente familiar y laboral, pérdida de funcionalidad fisiológica y psicológica y la pérdida de amigos o cónyuge y otros duelos por los que debe pasar ⁽¹⁴⁾.

Por todo ello, la OMS afirma que los aspectos reactivos del anciano a la discapacidad progresiva pueden ser determinantes en el inicio y en el mantenimiento del cuadro depresivo.

Se debe tener precaución de no pasar por alto un episodio depresivo en un paciente geriátrico, ya que puede quedar encubierto por los sentimientos inherentes de tristeza que ya podía haber presentado a causa del envejecimiento fisiológico o por las preocupaciones y quejas más frecuentes, que a menudo pueden ser desestimadas por el personal sanitario ⁽⁸⁾.

Por último, y en relación al pasado párrafo, es importante destacar el riesgo de suicidio en el adulto mayor. Se estima que un 70% de los ancianos que consuman el suicidio han acudido a consulta del médico de familia en las últimas 4 semanas previas al suceso ⁽¹⁴⁾.

3.3. El enfoque comunicativo

3.3.1. Introducción ⁽¹⁵⁾

La comunicación es un fenómeno inherente al trato humano. Ha existido siempre y es tan vital como inevitable. Ya sea mediante el habla o la expresión no verbal, nos relacionamos e interaccionamos con nuestro entorno mediante la comunicación, entendiendo comunicación como “un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos”.

En el campo de trabajo de los profesionales de la salud, la capacidad de establecer una buena comunicación entre profesional y paciente es primordial para favorecer la calidad de la relación de ayuda.

3.3.2. Modelos comunicativos⁽¹⁶⁾

A diario, en la práctica clínica los profesionales lidian con dificultades a la hora de comunicarse de forma clara y transparente, y aunque se tenga la impresión de que así ha sido, muchas veces el paciente o interlocutor comprende e interpreta conceptos muy diferentes a los que se pretendían transmitir.

En el paciente geriátrico depresivo, este hecho se acentúa. Aparecen limitaciones en cuanto a la escucha, y con la degeneración neuronal aparecen también más dificultades en la comprensión e interpretación de la información que reciben.

Hoy en día es conocido que todas estas limitaciones pueden salvarse mediante el trabajo de una buena comunicación, con el fin de evitar sufrimiento al paciente y favorecer la comprensión, aceptación y operatividad del tratamiento.

En el presente proyecto de investigación, se analizarán tres modelos comunicativos, descritos por Juan, Arce y Carballal, basados en las tres conductas polares⁽¹⁶⁾:

- Enfoque comunicativo pasivo: en este enfoque se le dará la máxima autonomía al paciente, el fisioterapeuta se convertirá en poco más que un mero espectador. La comunicación no verbal también jugará un papel muy importante, el terapeuta se colocará a una distancia moderada del paciente para interferir lo mínimo en sus decisiones y acciones.
- Enfoque comunicativo asertivo: en este enfoque el terapeuta y el paciente estarán en un mismo nivel, la base de la relación será la empatía y la confianza mutua. Algunas de las claves de comunicación no verbal más importantes de este estudio serán el situarse a una distancia intermedia con el paciente, a la que él se sienta cómodo y puedan entablar una conversación entre iguales.
- Enfoque comunicativo agresivo: mediante este enfoque se le dará la mínima autonomía al paciente. El fisioterapeuta será quien guíe todas las acciones del paciente, de manera muy directa y a menudo imponiéndose por encima de la voluntad del paciente (siempre buscando la funcionalidad y la recuperación). El posicionarse más cerca del paciente, utilizar gestos más directos y establecer un vínculo de paternalismo con el paciente, serían características de la comunicación no verbal en este enfoque.

3.3.3. Comunicación no verbal

El lenguaje verbal es el código comunicativo más común y habitual en la sociedad occidental.

Pese a ello, es un hecho ampliamente conocido que la comunicación lingüística es un porcentaje muy pequeño de la información que el sujeto receptor de información percibe ⁽¹⁷⁾.

A continuación se expondrán los 3 componentes de la comunicación ⁽¹⁸⁾:

- Comunicación verbal: la duración, humor y variedad de la conversación, las distancias y silencios en los turnos de palabras. Constituye un 7% de la información transmitida.
- La comunicación no verbal: gestos como la expresión facial, la dirección de la mirada, el tono postural y la apariencia. Constituye un 55% de la información transmitida.
- La comunicación paralingüística: el volumen y timbre de la voz, el tono, la claridad y ritmo, la fluidez y las perturbaciones en el habla. Constituye un 38% de la información transmitida.

El propósito de este apartado del proyecto es reflejar que no es posible ejercitar la comunicación exclusivamente con el habla. Según afirma Cestero, los signos no verbales acompañan todo acto comunicativo, y es importante que como profesionales sanitarios, en el marco de la relación de ayuda a pacientes geriátricos depresivos, sepamos qué decimos y cómo lo decimos, no sólo a nivel oral sino también a nivel paralingüístico y kinésico, para lograr una comunicación funcional y efectiva ⁽¹⁷⁾.

3.4. Justificación

Una vez vista, (con la lectura de los apartados 3.1 y 3.2), la relevancia de la depresión como patología psiquiátrica en auge, y la importancia de una buena comunicación con el paciente, el presente trabajo pretende ayudar a discernir el mejor enfoque comunicativo para el abordaje del paciente geriátrico depresivo.

Los profesionales en fisioterapia reciben poca o muy limitada formación en cuanto a la psicología del lenguaje y estilos de abordaje comunicativo.

Por ello, es común encontrarse en la práctica clínica a fisioterapeutas que desconocen cómo tratar a determinados tipos de paciente, llegando a acortar o incluso eludir el tratamiento con ellos por no saber cómo lidiar con esa barrera entre profesional y paciente.

La patología y la población a la que hace referencia este estudio es una parte significativa de ese tipo de pacientes, y el objetivo del estudio será ayudar a discernir el mejor enfoque comunicativo para realizar la aproximación en la relación de ayuda, de modo que pueda aplicarse posteriormente, consiguiendo una mayor efectividad en el tratamiento y una mayor satisfacción por parte del paciente.

Por último, cabe decir que la elección de la población geriátrica no fue dada al azar. Los pacientes geriátricos son, indudablemente, la población que más tiempo precisará de fisioterapia a causa de la degeneración fisiológica y complejidad característica, y por tanto por los que urge más necesidad de investigar.

4. HIPÓTESIS

El enfoque comunicativo asertivo reporta mayores beneficios terapéuticos y mayor satisfacción que los enfoques pasivo y agresivo en pacientes geriátricos depresivos.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Determinar el estilo comunicativo asertivo como el más efectivo a la hora de tratar con un paciente geriátrico con síndrome depresivo, con la finalidad de mejorar la comunicación en la relación de ayuda entre fisioterapeuta y paciente.

5.2. Objetivos específicos

Analizar la adherencia de los pacientes al tratamiento entre los grupos experimentales y el grupo control.

Analizar el grado de satisfacción de los pacientes con el trato recibido entre los grupos experimentales y el grupo control.

Analizar la calidad de vida de los pacientes con el tratamiento entre los grupos experimentales y el grupo control.

Valorar la consecución de objetivos durante el tratamiento.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño del estudio ⁽¹⁹⁾

La categoría de este estudio será de experimental con simple ciego, descriptivo, y prospectivo.

De acuerdo con su alcance, será un estudio descriptivo y no exploratorio, porque pese a haber surgido de la necesidad de responder un problema planteado en la evidencia clínica y tener antecedentes escasos, no es un proyecto corto ni de bajo coste. Pretende establecer una relación entre dos fenómenos y describir con exactitud el proceso ⁽¹⁹⁾.

Con respecto a la intervención del investigador se tratará de un estudio experimental, concretamente se hablaría de un ensayo clínico aleatorizado, porque tiene como objetivo fundamental ser aplicado en la práctica clínica y se realizará una manipulación de las variables del estudio para observar el efecto en otra variable analizada en el futuro. El control sobre las diferentes variables se realizará mediante un sistema de control intercurrente independiente, esto es, se formarán tres grupos de estudio lo más homogéneos posible y se les aplicará la intervención a dos de ellos (modelo de conducta pasivo y agresivo), para posteriormente compararlo con otro tercer grupo (modelo de conducta asertivo) que realizará la función de grupo control ⁽¹⁹⁾.

De acuerdo con el origen de los datos en el tiempo, será un estudio prospectivo, ya que como en todo estudio experimental los datos se obtendrán en el futuro, una vez realizada la intervención ^(19,20).

En relación al grado de enmascaramiento de este estudio se tratará de un simple ciego, ya que tan sólo los evaluadores y analistas que interpreten los resultados desconocerán la intervención realizada a los pacientes. Esto es así porque resultaría imposible en la práctica realizar un estudio a doble ciego en el que los fisioterapeutas que realizan la intervención la desconozcan, por ser una técnica muy evidente y fácil de detectar ⁽²⁰⁾.

La muestra se dividirá en 3 grupos, un grupo experimental, donde se aplicará el tratamiento con un modelo de conducta pasivo, un segundo grupo experimental en el que se aplicará un modelo de conducta agresivo y un último grupo control, en el que se aplicará el modelo de conducta asertivo.

El muestreo se realizará de manera probabilística, esto es, que cada elemento de la población tendrá una probabilidad conocida mayor que cero de ser seleccionada y el mecanismo de selección será aleatorio (ver con detalle en el posterior parágrafo). Siguiendo este proceso podremos afirmar con argumentos estadísticos de peso que la muestra seleccionada es representativa para la población de interés⁽²⁰⁾.

Finalmente, el mecanismo de aleatorización será el muestreo sistemático^[19]. Este diseño de muestreo garantiza que la muestra esté distribuida por toda la población, y el proceso es el siguiente:

En primer lugar se determina la población (N) y el tamaño de la muestra que precisamos (n), y con estos dos valores calculamos el valor k .

Una vez determinado el valor k , elegimos un valor en la población entre 1 y el valor k y lo tomamos como referencia, pues será la primera unidad de muestreo.

A partir de esta primera unidad, calculamos las posteriores agregándole el valor k a la unidad obtenida⁽¹⁹⁾.

Ejemplo:

Tenemos una población de 400 habitantes. Y precisamos un tamaño muestral de 28 sujetos.

Calculamos el valor de k : $\frac{400}{28} = 14,28 \approx 14$

Elegimos el valor 6 como primera unidad de muestreo, y a partir de este valor seguimos agregando elementos hasta conseguir 28 sujetos; 20,34, 48, 62...

6.2. Sujetos del estudio

Los sujetos de este estudio deberán tener una edad no menor a 65 años para ser considerados adultos mayores, además de haber sido diagnosticados por un profesional sanitario de depresión mayor.

El estudio se realizará a nivel de la provincia de Lleida. Para la captación de la muestra se hará una toma de contacto con todas las residencias geriátricas de la provincia, exponiendo la viabilidad y aplicabilidad del proyecto de ser llevado a cabo, y solicitando la colaboración de las mismas. Además, se informará a la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) con el objetivo de conseguir posteriormente más colaboración y dar a conocer la necesidad del proyecto⁽¹⁹⁾.

Para calcular el tamaño de la muestra, utilizaremos la siguiente fórmula ⁽¹⁹⁾:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

n : tamaño de la muestra necesaria.

N : Tamaño de la población diana. Este valor será una aproximación realizada con los datos obtenidos en el Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), y los datos epidemiológicos en cuanto a prevalencia de la depresión en España ⁽¹⁹⁾.

Consultando el Idescat ^[21], se halla que en el año 2011 había 4.051 usuarios en residencias para adultos mayores en la provincia de Lleida. En los adultos mayores la prevalencia mayor que en otros grupos de edad, y el hecho de que estén institucionalizados es otro fenómeno agravante (debido a trastornos adaptativos mencionados ya en apartados anteriores), por lo que el porcentaje de pacientes con depresión moderada ascendería a 17,6% ⁽²²⁾.

El valor de N , por tanto, lo obtendremos calculando el 17,6% de 4.051.

Obtenemos que $N = 712.97 \approx 713$. Es importante destacar que este valor es una aproximación. Los datos expuestos no son exactos por la antigüedad de las fuentes, ya que el Instituto de estadística Idescat no ha publicado datos más recientes y ha sido imposible encontrar referencias más actuales en cuanto a la epidemiología en adultos mayores institucionalizados. Z : Valor obtenido con el nivel de confianza en el campo de la salud (95%) según la tabla de distribución normal estándar. Para un nivel de confianza del 95%, Z adquiere un valor numérico de 1,96.

p : proporción estimada del parámetro poblacional, que al ser desconocida se toma como valor $p=0.5$, por garantizar el mayor tamaño de muestra y rigor estadístico.

e : el error muestral máximo permitido. En la investigación realizada en el campo de la salud esta cifra se sitúa en un 5% ⁽¹⁹⁾.

Por tanto, si se aplica la fórmula en este proyecto obtendremos el siguiente valor:

$$n = \frac{713 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}{(713-1) \cdot 0,05^2 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)} = 249,87 \approx 250 \text{ será el tamaño de la muestra.}$$

Recordamos que una vez obtenido este resultado se deberá realizar la técnica de muestreo aleatorio sistemático ya explicada en el anterior apartado.

Una vez obtenido el tamaño muestral y definido a grandes rasgos el perfil de sujeto que buscamos, a continuación se expondrán los criterios de inclusión y exclusión de este proyecto [20]:

- Criterios de inclusión:
 - Edad ≥ 65 años.
 - Diagnóstico de depresión severa.
 - Haber aceptado el consentimiento informado.
 - Pacientes institucionalizados en centros geriátricos.
 - Estar bajo terapia farmacológica para la depresión.
- Criterios de exclusión:
 - Todo aquel trastorno afectivo diferente de la depresión severa.
 - Pacientes que hayan sufrido la muerte de algún familiar en los últimos 6 meses.
 - Pacientes que rechacen la medicación antidepresiva.

6.3. Variables del estudio ⁽¹⁹⁾

Una vez definidos los criterios de inclusión que deberá tener la población, y el número de la muestra, pasaremos a explicar las variables del estudio, dependientes e independientes, que serán los datos que utilizaremos posteriormente para el análisis de los resultados.

❑ Variable independiente ⁽¹⁹⁾: se considera como variable independiente toda variable que pueda producir un cambio en otra variable, llamada dependiente. Es decir, la causa.

- Tipo de enfoque comunicativo. Será la variable que el investigador irá modificando en función del desarrollo del proyecto, para comprobar su repercusión en las variables dependientes. Se considera una variable cualitativa nominal.
- Grado de depresión. Dentro del contexto de la depresión severa, se valorará la magnitud de la misma ya que muy probablemente los resultados sean muy heterogéneos en función del valor de esta variable. El grado de depresión se considera una variable cualitativa ordinal ⁽¹⁹⁾.

Para la medición de esta variable se utilizará la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada ⁽²³⁾ (disponible en el anexo 1). Se eligió esta por delante de otras pruebas como el inventario de Beck para la depresión o la escala de depresión de Hamilton por estar específicamente ideado para la población geriátrica. Dicha

escala está compuesta por 15 preguntas tipo test con dos respuestas posibles. Posee un coeficiente de fiabilidad interobservador de 0.655 y un coeficiente de fiabilidad intraobservador de 0.951, así como una consistencia interna superior a 0.99 ⁽²³⁾.

❑ Variable dependiente: se considera como variable dependiente toda variable que sea modificada en alterar la variable independiente ⁽¹⁹⁾. Es decir, el efecto.

- Adherencia al tratamiento de fisioterapia. Sería un indicador muy importante acerca de la efectividad del tratamiento. El propio fisioterapeuta encargado de realizar la intervención llevaría el registro de asistencia como método seguro y fiable para medir la adherencia o seguimiento [Ver anexo 2]. Las faltas de asistencia por motivos médicos u otras emergencias deberían ser justificadas debidamente. La adherencia al tratamiento se considera una variable cuantitativa discreta ⁽¹⁹⁾, ya que se evalúan las sesiones a las que se ha asistido.
- Grado de satisfacción con el tratamiento, que se evaluará mediante el cuestionario de Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Antidepresivo (ESTA). (Ver anexo 3). Dicho cuestionario, de 11 ítems con 5 respuestas posibles, tiene una fiabilidad que oscila entre 0.936 y 0.951 ⁽²⁴⁾. El grado de satisfacción se considera una variable cualitativa ordinal ⁽¹⁹⁾.
- Calidad de vida. Esta variable se considera cualitativa ordinal. Se registrará mediante el cuestionario de calidad de vida SF-36. Un cuestionario compuesto por 36 ítems con años de evolución que ha demostrado tener una fiabilidad superior a 0.7 y por tanto ser apto para su utilización en la investigación ⁽²⁵⁾.
- Consecución de objetivos. Esta variable se considera cuantitativa numérica continua ⁽¹⁹⁾. A criterio del fisioterapeuta encargado del tratamiento. Éste se marcará unos objetivos antes de iniciar el proyecto y se evaluarán antes, durante y después de la intervención para comprobar si se han logrado o no.

❑ Variables control: se considera variable control toda aquella que se mantiene constante y bajo estudio para neutralizar o no alterar el resultado que puedan provocar las variables independientes.

- Edad: será un factor que se tendrá en cuenta en el momento de realizar la valoración de los resultados. Se considera que puede haber una gran variabilidad entre un adulto mayor de 95 años y uno de 65, por ejemplo.
- Sexo: también se valorarán las diferencias en cuanto a resultados entre hombres y mujeres.
- Grado de deterioro cognitivo: se considera una variable muy importante, dado que generalmente se establece una relación inversamente proporcional entre el grado de deterioro cognitivo y la comprensión del paciente. Será necesaria la comparación con pacientes afectados de diferentes grados para establecer una relación causal. Se considera una variable cuantitativa discreta.

Se valorará previamente al inicio de la intervención mediante la escala GDS (*global deterioration scale*). La elección de la escala GDS se debe a que tiene una alta fiabilidad interobservador, que oscila entre 0.92 y 0.97⁽²⁶⁾.

6.4. Manejo de la información y recogida de datos

El manejo de los datos recopilados durante el estudio se realizará en un documento Excel, con el objetivo de ser más fácilmente manipulables cuando el ensayo haya finalizado y sea necesario realizar el análisis estadístico.

En dicho Excel se registrarán las puntuaciones de los diferentes cuestionarios e inventarios de manera diaria, y se realizarán dos copias de seguridad semanalmente para prevenir una posible pérdida de datos por averías técnicas o un mal manejo.

La privacidad de los pacientes se protegerá mediante dos mecanismos:

- El uso de una contraseña para acceder a la sesión que sólo los evaluadores y analistas del estudio conocerán. Estas dos figuras serán pues, los únicos con licencia para registrar los datos recopilados durante el ensayo en la base de datos.
- La asignación de un número a cada paciente, con el fin de eliminar cualquier atisbo de subjetividad que pudiera surgir durante la realización del estudio si por casualidad se conociera a los integrantes del estudio. Dicho número pasará a ser la identificación de cada sujeto.

Del mismo modo, a los pacientes se les subministrará un papel de consentimiento informado (ver anexo 4), que deberán haber firmado antes de iniciar el proyecto. En dicho

consentimiento, se les garantizará la privacidad anteriormente mencionada, se les informará de las condiciones del ensayo, contraindicaciones del mismo y darán permiso para utilizar sus resultados en el análisis estadístico y resultados del proyecto.

6.5. Generalización y aplicabilidad

Este proyecto ha sido diseñado para orientar al profesional en fisioterapia en el mejor modo de abordar un paciente geriátrico depresivo. Ya se ha mencionado anteriormente en el apartado de justificación la necesidad de investigar en este campo debido a la complicación del manejo de este tipo de pacientes.

De cumplirse la hipótesis, y en caso de que los resultados fueran lo suficientemente significativos, podría realizarse formación a nivel universitario para los estudiantes de fisioterapia mediante seminarios, conferencias o pequeños talleres explicativos. La formación de otros profesionales tampoco quedaría descartada dada la extensión del campo de la gerontología; trabajadores familiares, gerocultores, trabajadores sociales, psicología, enfermería, medicina y otros profesionales sanitarios podrían beneficiarse también de los resultados de este estudio.

En caso de no cumplirse la hipótesis se revelaría como más efectivo otro tipo de modelo comunicativo al utilizado comúnmente en la práctica diaria por muchos profesionales, hecho que rompería los esquemas en cuanto a psicología comunicativa actuales en el abordaje de pacientes geriátricos depresivos y provocaría un cambio de paradigma.

No habría motivo para pensar que los resultados obtenidos en Cataluña no fueran extrapolables al resto de España e incluso Europa de no ser por el tamaño de la muestra, que debería ser revisado y muy probablemente aumentado para ello. Se requeriría más investigación mediante futuros estudios si la intención fuera extrapolarlo a la resta del mundo, por posibles barreras socioculturales y religiosas. Aun así, el trabajo sería un pequeño avance, un paso pionero para abrir las mentes curiosas y potenciar más investigación en un futuro.

6.6. Análisis estadístico

Se utilizará el software informático R (versión 3.3.0) para procesar los resultados estadísticos. Se utilizará primeramente la estadística descriptiva con los datos obtenidos para posteriormente extrapolarlo con estadística inferencial al resto de la población.

Se analizarán todos los datos obtenidos, no solamente se incluirá a aquellos sujetos que hayan completado toda la intervención, ya que si no fuera así subestimariamos la magnitud del efecto del tratamiento y la eficacia del mismo.

El diseño del estudio es mixto pero predominarán las representaciones gráficas y las tablas de frecuencias por haber un mayor componente de variables cualitativas. Para la variable de adherencia terapéutica se utilizarán diagramas de barras por ser cuantitativa discreta y ser el modo más visual y gráfico para exponerlas.

El tipo de análisis será multivariante, ya que se llevarán a cabo relaciones entre numerosas variables cualitativas y cuantitativas, con el objetivo de elaborar hipótesis y establecer relaciones causales. Pese a haber solamente dos variables cuantitativas, se realizarán gráficos y comparaciones de medias. Para registrar y analizar el resto de variables, todas ellas cualitativas, se utilizará la tabla de contingencia.

6.7. Plan de Intervención

El estudio tiene una duración programada de 14 meses. Los primeros 4 meses se destinarán a realizar visitas con fines informativos a las principales residencias, recopilar información, captar personal (voluntarios, becarios y profesionales), prever costos e imprevistos, captar a los 250 sujetos necesarios para una muestra fiable y sólida y proveer toda la infraestructura necesaria para tirar el proyecto adelante. Se requerirá un pequeño local para realizar la estadística y el manejo de los datos, tanto previo a la intervención como posterior a ella. Este local se situará cercano a las instituciones donde se realizarán las intervenciones. Dichas instituciones serán aquellas en las que residan los sujetos muestra del estudio, esto es, las residencias geriátricas cuyos integrantes hayan accedido a participar en el estudio.

Habrán 12 fisioterapeutas encargados de realizar la intervención, que deberán ser formados durante un período no menor a 6 semanas en los modelos de comunicación ya descritos, por un profesional psicólogo especializado en comunicación, con el objetivo de racionalizar el propósito e intención del estudio, adquirir conocimientos y experiencia en cuanto al modelo de conducta que deberán imitar, y tener la máxima objetividad posible en la intervención.

Una vez reunida la población, se dividirá en tres grupos, de 83-83-84 personas, mediante un proceso de aleatorización estratificada. Hecha esta división, se les asignará a los

fisioterapeutas sus pacientes, momento a partir del cual ya deberán asumir el rol correspondiente según les haya asignado el psicólogo; agresivos, pasivos o asertivos.

Durante los meses 5-10 se realizará la intervención en las diferentes instituciones que constituyen el estudio.

Las primeras 2 semanas, los fisioterapeutas valorarán a sus pacientes y propondrán una tabla de consecución de objetivos para más tarde poder valorarla junto a las demás variables dependientes. No es posible concretar cuál será el tratamiento realizado, dado que éste dependerá de la patología que presente cada sujeto. Al tratarse de adultos mayores, generalmente el tratamiento consistirá en reentrenamiento de la marcha, ejercicios de potenciación muscular, educación sanitaria en cuanto a pautas de prevención de caídas y ejercicios de fisioterapia respiratoria, pero el tratamiento podrá ser muy variable, repetimos que esta tipología de tratamiento tan sólo es una generalización.

Huelga decir que durante los 6 meses que tiene de duración la intervención, deberán tratar a los pacientes acorde al rol que les corresponde.

La intervención propiamente dicha se realizará los 5 días de la semana laboral. Cada fisioterapeuta tiene asignados aproximadamente 20-21 pacientes, a los que realizará 2 intervenciones semanales, cuya duración no será inferior a 45 minutos. La jornada de los profesionales que lleven a cabo la intervención será pues de 8 horas diarias entre semana, con posibilidad de realizar horas extra en caso de tener más pacientes. Cada 2 semanas se realizarán valoraciones para registrar cambios. Las últimas 2 semanas previas a la finalización del proyecto se harán las valoraciones finales por parte de los evaluadores, externos a la intervención con el objetivo de no alterar o adecuar los resultados a los objetivos de cada uno.

Las técnicas que se apliquen serán variables en función de la patología o dolencia que presenten los residentes.

Acabados estos 6 meses de intervención, restarán 4 para concluir el proyecto de investigación.

De estos 4 meses, 2 se invertirán en la recogida y análisis de datos, valoración de los resultados por parte de un analista ajeno al propósito del estudio y procesar los datos para que, en caso de ser lo suficientemente significativos, puedan ser divulgados a la comunidad científica mediante posters y conferencias en los últimos 2 meses.

No se realizará un seguimiento posterior a la finalización del estudio, dado que el incremento o descenso de la calidad de vida y las otras variables que se pretende medir en este experimento están muy relacionadas con el contacto personal con los profesionales, del que carecerían al acabar la intervención.

7. CALENDARIO PREVISTO

El calendario se expondrá a continuación en forma de 3 cronogramas, uno por cada fase del estudio. En el primero figurará el programa previsto para los 4 primeros meses (fase de planteamiento y preparación del estudio), en el segundo constarán los 6 meses posteriores (relativos a la duración de la intervención, y el tercero y último tendrá una duración de 4 meses (fase de recogida de datos y conclusión).

Para la realización de este calendario, se tendrá en cuenta que el inicio del estudio es en el mes de Junio de 2016. No se tendrá en cuenta la partición irregular de las semanas, la división se hará teniendo en cuenta que cada mes contiene 4 semanas aproximadamente.

FASE DE PLANTEAMIENTO Y PREPARACIÓN DEL PROYECTO																
ACTIVIDADES	Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Obtención de un local como punto de referencia del estudio																
Captación de profesionales para el estudio																
Planteamiento estadístico del estudio																
Visita a instituciones y divulgación del proyecto																
Captación de sujetos para la																

La última fase del proyecto se compondrá de la recolección de los datos, su análisis por parte de los profesionales analistas y su posterior valoración y procesamiento de los resultados.

Finalmente, y en caso de obtener resultados relevantes para la comunidad científica, se llevará a cabo la divulgación, mediante posters, publicaciones en la web y conferencias.

8. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

En primer lugar, y como ya se ha expuesto en el apartado de metodología, el sesgo más importante será el que reportará la imposibilidad de realizar un doble ciego. Este sesgo repercutirá, indiscutiblemente, en el hecho de que este estudio no tenga un alto nivel de evidencia, por ser el doble ciego un elemento imprescindible para el mismo.

Pese a ello, sería imposible para los profesionales realizar la intervención sin conocer la misma, por ser esta muy obvia y fácil de distinguir respecto a las demás. Se realizará el simple ciego, en el que el encargado de realizar la valoración final y procesamiento de los resultados no tendrá constancia de qué modelo ha sido utilizado en los sujetos que analice.

La variabilidad entre diferentes grados de depresión se intentaría salvar mediante la clasificación ya descrita anteriormente, pese a ello, muchos factores afectan a la perpetuación de esta patología, por lo que la heterogeneidad de las condiciones ambientales de cada paciente podría suponer otro posible sesgo. El hecho de que el lugar donde se realice la intervención sean instituciones geriátricas ha sido un factor a tener en cuenta en la elección del lugar, dado que podría ayudar a reducir dicha heterogeneidad.

Otro posible sesgo sería la variabilidad interobservador entre el fisioterapeuta encargado de realizar el tratamiento y el evaluador encargado de llevar a cabo la valoración final, en lo que respecta a la variable de consecución de objetivos (puesto que las otras se basan en puntuaciones objetivas). La percepción del cumplimiento de las metas marcadas podría diferir des del punto de vista de un profesional a otro. Por ello, se debería intentar cubrir este sesgo objetivando al máximo los objetivos a cumplir durante la realización del tratamiento y llegando a un consenso entre los fisioterapeutas encargados de realizar la intervención y el profesional que realice la valoración final.

Finalmente, la cantidad de presupuesto necesaria para realizar esta intervención es moderadamente alta, se debería tener esto presente como una limitación del estudio, ya que el cauce del proyecto depende completamente de la colaboración económica de las asociaciones pertinentes y el gobierno, como podremos ver en el apartado posterior de este proyecto.

9. PROBLEMAS ÉTICOS

Se planteará el estudio al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), cuya función será supervisar los aspectos metodológicos, éticos y legales del estudio. Para ello, antes de poner en marcha el proyecto, se le facilitará a la junta del CEIC una memoria detallada, unilateral al transcurso del proyecto, que se les irá entregando periódicamente para agilizar el seguimiento, informando de cualquier acontecimiento acaecido ⁽²⁷⁾.

Para asegurar su aprobación en el comité, la elaboración de este proyecto se basará en los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki; la guía de ética para la investigación en seres humanos más importante en la actualidad.

Entre ellos, cabe destacar los más importantes, como el derecho a la información que tiene el paciente. Esto es, deberán tener derecho a conocer toda aquella información relativa al objetivo del estudio, métodos, fuentes de financiamiento y posibles conflictos de intereses. Será necesario el consentimiento informado de todos los sujetos para entrar a formar parte del estudio, como ya se ha expuesto anteriormente.

Asimismo, se respetarán en todo momento los cuatro principios fundamentales en bioética; no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, tratando en todo momento a mujeres y hombres por igual con corrección y sin intención dañina, independientemente de su raza o preferencias.

Se deberá respetar el derecho a su privacidad. Los datos recabados durante la duración del estudio serán almacenados en un equipo con contraseña que sólo conocerán el evaluador y el analista ⁽²⁸⁾.

Finalmente, el nombre de la conducta polar agresiva podría dar lugar a confusión y originar problemas con el comité ético, por lo que se elaborará un escrito con el propósito de clarificar que en ningún caso se trata de aplicar violencia ni de dañar al paciente.

10. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

10.1. 1ª Fase. Planteamiento del estudio:

Su duración será de 4 meses, des del 1 de Junio hasta el 30 de septiembre de 2016.

- Durante esta fase, realizará la contratación de todo el personal necesario para la realización del proyecto:
 - 4 Fisioterapeutas formados en el campo de la investigación. Serán los responsables directos de dar forma al proyecto. Entre sus tareas estará introducir a los demás profesionales en el propósito y planteamiento del estudio (así como guiarles a lo largo de la duración del mismo), cuantificar el tamaño de la muestra necesaria y realizar la aleatorización, llevar la administración económica de los fondos del estudio (mediante la contratación de una gestoría) y conseguir un local. También serán los encargados de contactar con las organizaciones y entidades interesadas, con las fuentes de financiación y con las principales instituciones geriátricas que entren a formar parte del estudio para captar los sujetos necesarios.

Finalmente, tendrán un papel clave en la última fase del proyecto realizando la divulgación de los resultados a la comunidad científica interesada. Los fisioterapeutas investigadores estarán contratados desde el principio hasta el final del estudio.

- Se contará con 4 becarios; 2 para la realización de la memoria, que posteriormente los fisioterapeutas encargados de la investigación expondrán periódicamente al comité ético para su seguimiento y 2 más para el registro de las valoraciones periódicas de los fisioterapeutas en la intervención.
- 2 Miembros de personal administrativo. Serán los responsables de programar horarios y aligerar y aliviar el trabajo del resto de profesionales, contactarán con

pacientes en caso de ausencia y mediarán en cualquier inconveniente en la medida de lo posible. También permanecerán en nómina a lo largo de todo el proyecto.

- 1 Psicólogo especializado en comunicación. Él será el encargado de realizar la formación en cuanto a los modelos comunicativos que posteriormente deberán aplicar los fisioterapeutas responsables de la intervención. La duración de su contratación será de 2 meses (des de principios de agosto a finales de septiembre), contando con 15 días para preparar y asesorar las clases y dudas de los fisioterapeutas.
- 12 Fisioterapeutas para la realización de la intervención, a los que se les hará un contrato con 6 meses de duración (des de mediados de Agosto de 2016 que dará comienzo la formación en los modelos comunicacionales, a mediados de marzo de 2017 que finalizará el tratamiento), trabajando a jornada completa (8 horas diarias) con posibilidad de realizar horas extra si fuera necesario (previniendo posibles complicaciones como bajas por enfermedad o falta de tiempo).
- 2 Fisioterapeutas responsables de realizar las valoraciones y evaluar la consecución de objetivos planteados al inicio del proyecto. Se les redactará un contrato de igual duración, (6 meses; des de principios de Octubre de 2016 hasta finales de marzo de 2017 que finalice la valoración) pero trabajando a media jornada.
- 2 Analistas, expertos en el manejo de datos y estadística mediante el software informático R. Serán los encargados de recolectar, registrar, analizar y procesar los resultados estadísticos a lo largo del proyecto y al final del mismo. Tendrán un contrato de 2 meses de duración (Abril-Mayo 2017).
- En segundo lugar, será necesario contratar los servicios de una gestoría que administre y provea los contratos de los trabajadores, gestione los gastos económicos del proyecto y sea capaz de mediar en cualquier conflicto o inconveniente económico o legal.
- Para el alquiler de un local se tendrán en cuenta sus dimensiones, tendrá un tamaño moderadamente grande ya que pese a ser mayoritariamente para trámites administrativos se tratará de un proyecto de bastante envergadura y habrá diversos profesionales trabajando en él. La fase de intervención se realizará en el mismo centro residencial de los sujetos por lo que ese no es un motivo de preocupación en este estudio.

- La formación de los profesionales fisioterapeutas responsables de la intervención se realizará en el local, durante el mes y medio anterior a la fase de intervención. El psicólogo especialista dará talleres teóricos y prácticos a los 3 grupos por separado.
- También se deberá contactar con los residentes de las geriátrías que participen en el estudio, los fisioterapeutas investigadores se encargarán de realizar esta tarea. Les introducirán en el propósito de este proyecto y les proporcionarán las hojas de consentimiento informado, exponiéndoles los riesgos, derechos y responsabilidades que tendrán a lo largo de la intervención.

10.2. 2ª Fase. Intervención

Su duración será de 6 meses, desde el 1 de Octubre de 2016 hasta el 31 de Marzo de 2017.

- Durante esta fase, concretamente en la primera quincena, y tras el proceso de aleatorización ya explicado anteriormente, se llevará a cabo la asignación de los sujetos a sus respectivos grupos por parte de los fisioterapeutas investigadores. El personal administrativo se asegurará de coordinar correctamente horarios y asignar las horas para cada paciente.
- Los fisioterapeutas encargados de realizar el tratamiento tendrán un mes (Octubre), para redactar una tabla de consecución de objetivos. Habrán pasado 4 semanas desde el inicio del estudio y habrán tenido suficiente tiempo como para valorar a los pacientes y ver su evolución en función de la idiosincrasia de cada uno.
- En esta fase los fisioterapeutas responsables de la intervención tratarán a sus respectivos pacientes dependiendo del rol que se haya acordado anteriormente, todo ello en sus respectivos lugares de residencia.
 - Cada paciente recibirá 2 sesiones semanales.
 - Serán los terapeutas los que deberán desplazarse a las instituciones de los sujetos, donde se les habilitará una sala para practicar fisioterapia.
 - La duración de las sesiones será no menor a 45 minutos, teniendo en cuenta que deberán visitar a 8 pacientes diarios, contando con 15 minutos en caso de ser necesario para la movilización de una institución a otra.
- No se debe olvidar que a lo largo de toda esta fase, los 2 fisioterapeutas evaluadores irán realizando las valoraciones periódicas al margen del tratamiento, sin tener contacto con

los fisioterapeutas encargados de la intervención, para no asociar unos determinados resultados a un fisioterapeuta u otro y poder divagar sobre la tipología de su tratamiento.

10.3. 3ª Fase. Procesamiento y análisis de los resultados

Su duración será de 4 meses, desde el 1 de Abril de 2017 hasta el 31 de Julio del mismo año.

- Durante esta fase (Abril-Mayo de 2017) los fisioterapeutas evaluadores y los analistas recolectarán los resultados y los almacenarán en la base de datos para su posterior procesamiento. Se dispondrán de ordenadores en el local del estudio para realizar esta tarea.
- Una vez recolectados los resultados, los analistas realizarán el análisis estadístico inferencial y descriptivo mediante el software informático R. Dicho análisis se redactará por escrito en un documento que se enviará el día 31 de Mayo como fecha límite a los 4 fisioterapeutas responsables de la investigación, que ayudarán en la inferencia estadística y ultimarán los detalles de las conclusiones del estudio.
- Finalmente, durante los últimos 2 meses del proyecto se realizará la divulgación del estudio a la comunidad científica si sus resultados han sido relevantes y el estudio ha podido llevarse a término con éxito. Para ello, se programarán conferencias en las universidades interesadas, en las principales instituciones geriátricas y demás centros interesados.

11. PRESUPUESTO

El presupuesto se dividirá en 3 bloques; recursos humanos, recursos materiales e infraestructura, con el objetivo de diferenciarlos correctamente.

RECURSOS HUMANOS				
PROFESIONAL	Salario mensual	Número	Duración	Total
Fisioterapeutas encargados de la investigación*	2.377,60€	4	14 meses	133.145,60€
Fisioterapeutas encargados de la intervención	2.377,60€	12	6 meses	171.187,20€

Fisioterapeutas encargados de la evaluación	1.188,80€	2	6 meses (a media jornada)	14.265,60€
Analistas expertos en bioestadística	2.000,00€	2	2 meses	8.000,00€
Psicólogo experto en comunicación*	2.377,60€	1	2 meses	4.755,20€
Personal administrativo	1.100,00€	2	14 meses	30.800,00€
Administración externa por parte de una gestoría	150,00 €	-	14 meses	2.100,00€
Becarios	0	4	14 meses	0
Total				364.253,60€

Tabla 5. Presupuesto de Recursos Humanos.

* Calculado en base al salario fijado por convenio colectivo para los graduados en fisioterapia y psicología de nivel 1 en Cataluña (14,86€ /h). Las dietas ya han sido incluidas en la estimación del salario / hora.

RECURSOS MATERIALES			
PRODUCTO	Unidades	Precio por unidad	Precio total
Ordenador de oficina Hacer AZC-107	4	449,00 €	1.796,00 €
Programa Microsoft Office 365 Home	1	99,00 €	99,00 €
Software informático R	4	Gratuito	Gratuito
Escala de Deterioro Global (GDS)	1	Gratuito	Gratuito
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	1	Gratuito	Gratuito
Cuestionario de calidad de vida SF-36	1	Gratuito	Gratuito
Cuestionario de Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Antidepresivo (ESTA)	1	Gratuito	Gratuito
Guantes de látex 100u	8	6,00 €	48,00 €
Material necesario para el tratamiento*	-	Gratuito	Gratuito
Impresiones **	-	200,00 €	200,00 €

Total		2.143,45 €
-------	--	------------

Tabla 6. Presupuesto de Recursos Materiales.

*Los recursos materiales necesarios para realizar el tratamiento los debería proveer la institución en la cual se encuentren.

**Se trata de un valor aproximado en base a la duración del estudio y número de fotocopias y documentos que se deberían imprimir a lo largo del mismo.

INFRAESTRUCTURA			
	Meses	Precio mensual	Precio total
Local (punto de referencia espacial del estudio)	14	300,00 €	4.200,00 €
Mobiliario*	14	60,00 €	840,00 €
Combustible de los vehículos** para el desplazamiento del personal a cargo de la intervención	6	70,00 €	420,00 €
Total			5.460,00 €

Tabla 7. Presupuesto de la Infraestructura.

*Se entiende por mobiliario el alquiler de sillas, mesas, armarios...que fueran necesarios para acomodar el local.

**El vehículo deberían proveerlo los empleados. Se les abonaría el coste total del combustible utilizado durante el trayecto.

PRESUPUESTO TOTAL	
Recursos humanos	364.253,60€
Recursos materiales	2.143,45€
Infraestructura	5.460,00 €
Total	371.857,05€

Tabla 8. Presupuesto total.

El financiamiento del estudio provendría principalmente de ayudas económicas para la investigación, como la beca que concede el Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña

anualmente al mejor proyecto, el premio de ayuda a la investigación S.E.G.G. que concede la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y otras ayudas que conceden organismos públicos o internacionales como el ministerio de sanidad o el European Research Council (ERC), entre otros.

La realización o no realización del proyecto tal y como se ha descrito estaría supeditada a la financiación conseguida con las fuentes ya mencionadas. En caso de no conseguir el presupuesto programado se debería recortar en gastos como personal (menos profesionales y captar más becarios o incluso estudiantes) o reduciendo la duración del proyecto. No se ha planteado así anteriormente para no restarle validez y rigurosidad al proyecto.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Proyección de la población española 2014-2064. Instituto Nacional de Estadística [Sede electrónica]. 2014. Consultado el 6 de Marzo de 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
2. Humberto J, Torres L, Cortés RM, Durán V, Martínez F, Esquivel G. Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral [Sede electrónica]. Consultado el 6 de Marzo de 2016. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?idarticulo=38636>
3. Valencia M. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Revista Colombiana de Anestesiología. 2012.;40(3):192–4.
4. Boixareu C, Salazar J. Manual terapéutico en geriatría . Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología ; 2013.
5. Millán J. Gerontología y geriatría : valoración e intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
6. Soler P, Mellinas P, Sánchez EM, Jiménez EL. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2010;45(4):219–28.
7. Krugman P, Pascual J, Esteve F. El retorno de la economía de la depresión: y la crisis actual =. Barcelona: Crítica; 2009.
8. Rodríguez J, Arbesú J. Evidencia científica en ansiedad y depresión. Madrid: International Marketing & Communication; 2011.
9. López J, Miyar M. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
10. Vázquez H. Trastornos del estado de ánimo: depresión y bipolaridad. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2007.
11. Moreno A. La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.

12. Agüera L, Losa R, Goez L, Gilaberte I. Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. SEPG. 2011; 3(1): 1-8.
13. Fernández A. Las causas de la depresión. En Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Real Academia Nacional de Medicina, 2011. P. 575-597
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). La depresión. 2015. Consultado el 01/08 de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>.
15. Dolores A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. Revista Española de Comunicación en Salud. 2012;3(2):147–57.
16. Juan L, Arce S, Carballal C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier; 2014.
17. Cestero A. Comunicación no verbal y comunicación eficaz. Universidad de Alcalá, 2014. P. 125-150.
18. Ramón R, Segura M, Palanca M, Román P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. Revista Española de Comunicación en Salud. 2012;3(1):49–61.
19. García A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. Mexico: McGraw Hill; 2014.
20. Macchi R. Introducción a la estadística en ciencias de la salud. Buenos Aires: Panamericana; 2001.
21. Institut d'estadística de Catalunya [Sede electrónica]. 2011, Barcelona. Idescat. Consultado el 28 de febrero de 2016. Disponible en: www.idescat.cat.
22. Real T. Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. 2008. (192), 163-178.
23. Martínez J, Onís M, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam, 2002. 12(10), 26-40.

24. Morena S, López T, López Y, Párraga I, Del Campo JM, Villena A. Satisfacción con el tratamiento antidepresivo. Validación del cuestionario “ESTA”. Revista Española de Salud Pública. 2013Dic; 87(6).
25. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, Alonso JM. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta sanitaria. 2005, 19(2), 135-150.
26. Foster J, Sclan R, Welkowitz S, Boksay J, Seeland I. Psychiatric assessment in medical long-term care facilities: Reliability of commonly used rating scales. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1988. ,3(3), 229-233.
27. Sociedad Española de Farmacología Clínica [Sede web]. Consultado el 15 de abril de 2016. Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). 3 Pantallas. Disponible en: <http://se-fc.org/gestor/ensayos-clinicos/ceics-informacion-general.html>
28. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioethica. 2000. 6(2), 321-334.

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	Si	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Si	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Si	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Si	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Si	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si	No
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 2. Hoja de asistencia tipo para llevar el control de la adherencia terapéutica

Mes de Febrero															
Paciente	Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes		
	Si	J	No	Si	J	No	Si	J	No	Si	J	No	Si	J	No
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

Hoja de control tipo. Los nombres de los sujetos deberán registrarse en los espacios numerados del 1 al 20. Permite llevar la asistencia, teniendo en cuenta si han asistido o no, o han faltado por motivos justificados (J).

Anexo 3. Cuestionario ESTA para evaluar el grado de satisfacción con el tratamiento

Cuestionario ESTA para la Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento Antidepresivo

Las siguientes preguntas están relacionadas con el tratamiento antidepresivo que está recibiendo actualmente. Por favor, díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

1. El tratamiento antidepresivo es eficaz

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

2. Los síntomas mejoran con el tratamiento

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

3. Con el tratamiento resulta más fácil participar en actividades de ocio

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

4. Con el tratamiento resulta más fácil relacionarse con otras personas

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

5. El estado de ánimo mejora con el tratamiento

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

6. Con el tratamiento resulta más fácil realizar las tareas cotidianas

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

7. El tratamiento antidepresivo te hace sentir más activo y con más energía

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

8. Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad para disfrutar de las cosas

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

9. Con el tratamiento antidepresivo mejora la capacidad de concentración

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

10. En general, el tratamiento antidepresivo es muy satisfactorio

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

11. Con el tratamiento antidepresivo aumenta la satisfacción con la vida

Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5

Anexo 4. Hoja de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para el participante en el estudio

El presente estudio, con el nombre de “*Abordaje comunicacional del adulto mayor institucionalizado con depresión*” y organizado por el investigador Miguel Fernández González, se llevará a cabo en todas aquellas instituciones geriátricas de la provincia de Lleida cuyos usuarios deseen participar.

Habrán 4 fisioterapeutas a cargo de la investigación y 12 en el transcurso de la intervención, a los que se les podrá consultar en cualquier momento sobre dudas, sugerencias o comentarios que puedan presentar. También habrá un número de teléfono de asistencia para cualquier inconveniente y un correo electrónico de contacto.

La duración de la intervención será de 6 meses. Durante dicho tiempo, usted deberá respetar al fisioterapeuta y cooperar en la medida de lo posible.

Del mismo modo, se respetarán sus derechos y privacidad como paciente / usuario de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos. No se prevé que la naturaleza estudio provoque ningún daño para su integridad física o psicológica.

Durante el tiempo que dure la intervención, se le irá evaluando en diferentes aspectos mediante la aplicación de test a los que deberá responder con la mayor sinceridad posible.

El comité ético de investigación científica (CEIC) ha aprobado este estudio.

De resultar exitoso, los resultados podrían ser de utilidad para mejorar el sistema sanitario, orientando a todo profesional sanitario especializado en adultos mayores.

Paciente:

D/Dña _____ con DNI _____

He leído la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento. Firmando abajo consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible.

Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento.
Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado por un fisioterapeuta colegiado.

Declaro no encontrarme en ninguna de los casos de las contraindicaciones especificadas en este documento

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar. Asimismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

A _____, de _____ de _____

Fisioterapeuta:

D/Dña. _____ con DNI _____

Fisioterapeuta de la Unidad de Fisioterapia del Hospital/Centro de Salud/gabinete..... De..... (Ciudad), declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la realización de los tratamientos explicitados en el presente documentos y declaro haber confirmado, inmediatamente antes de la aplicación de la técnica, que el paciente no incurre en ninguno de los casos contraindicación relacionados anteriormente, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea correcta.

A _____, de _____ de _____